

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25856>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Feiten over pijn en

Verpleegkundigen en artsen hebben steeds meer aandacht voor pijnbestrijding. Toch lijden nog steeds te veel patiënten onnodig en vaak onopgemerkt pijn. Soms geven patiënten onvoldoende aan dat zij pijn hebben, maar daarnaast zijn professionals niet altijd op de hoogte van alle mogelijkheden van pijnbestrijding. Tijd om een aantal opvattingen eens nader te bekijken.

Hieronder vindt u 23 uitspraken over pijn en pijnbestrijding. Ze komen soms wel, maar soms ook niet overeen met de feiten. De toelichting op deze uitspraken helpt u uw kennis te vergroten.

Pijn is ongezond en gevaarlijk. Vaak is dat zo. Pijn kan leiden tot verminderde mobiliteit, waardoor de zelfzorg wordt beperkt en de kans op ademhalingsdepressie, trombose en obstipatie toeneemt. (Pijn heeft echter wel een belangrijke signaalfunctie. Geen pijn voelen kan daarom óók gevaarlijk zijn.)

Een oppervlakkige ademhaling en het onderdrukken van hoestprikkels kunnen in relatie staan met pijn. Ja, want pijn beperkt de mobiliteit en vermindert de behoefte - en de mogelijkheid - om diep door te ademen en te hoesten.

Een patiënt die zijn pijnmedicatie in eigen beheer heeft, zal waarschijnlijk een betere pijnstilling ervaren. Vaak blijkt dat inderdaad het geval. Als een patiënt zelf zijn pijnmedicatie kan gebruiken op geleide van zijn pijnbeleving, kan hij de pijn bestrijden op het moment dat die toeneemt. Patient Controlled Analgesia is een systeem waarbij de patiënt zelf de - meestal intraveneuze - toediening van de pijnmedica-

tie regelt met een pomp, die door de arts wordt ingesteld. Bij gebruik van dit systeem blijkt een patiënt gemiddeld minder opiaten te gebruiken dan de dosering die de arts 'normaal' zou voorschrijven. Het is van belang dat de verpleegkundige het pijnverloop nauwkeurig volgt, bijvoorbeeld door de patiënt regelmatig te vragen naar een pijnscore. Bij onvoldoende pijnstilling kan zij de arts waarschuwen of de patiënt het gebruik van de pijnmedicatie nog eens uitleggen.

Ouderen ervaren pijn minder hevig dan jongeren. Dat hoort u vaak, maar de pijnbeleving is niet afhankelijk van leeftijd, hij varieert van mens tot mens. De pijn is zo hevig als de patiënt zelf aangeeft.

In de meeste gevallen kan pijn na een operatie niet goed worden bestreden. Dit is een veel voorkomend misverstand. Met de ruime keuze aan analgetica die de arts tegenwoordig tot zijn beschikking heeft, is een goede postoperatieve pijnbestrijding in de meeste gevallen mogelijk.

Een oudere patiënt is net zo goed in staat zijn pijn te beoordelen als een jongere patiënt. Zeker, want hoewel sommigen beweren

pijnbestrijding

dat ouderen niet in staat zijn op een duidelijke manier hun pijn aan te geven, is er geen onderzoek dat deze stelling ondersteunt. Wel komt het voor dat ouderen niet zo vlug klagen over pijn. Overigens geldt ook voor kinderen dat zij in staat zijn hun pijn te beoordelen.

Bij het beoordelen van pijn moet gebruik worden gemaakt van een Visuele Analoge Pijnschaal of een ander objectief pijnbeoordelingsinstrument. Inderdaad, want alleen de patiënt zelf is in staat de intensiteit (ernst) van zijn pijn te bepalen. Goede observatie en registratie van pijn door verpleegkundigen kan effectieve pijnbestrijding bevorderen. U vindt informatie over pijnintensiteitschalen in Nursing94, september en Nursing95, augustus.

Slapeloosheid en vermoeidheid kunnen verband houden met pijn.

Ja, pijn kan aanleiding zijn voor vermoeidheid en het normale slaappatroon verstoren.

Bij een verwarde patiënt heeft pijnbeoordeling nauwelijks zin. Vaak is dat een 'kip of ei'-kwestie. Pijn kan leiden tot verwardheid. Ongeacht de oorzaak van de verwardheid is het van belang dat u de pijn in kaart brengt, bij-

voorbeeld met behulp van een verpleegkundige pijnanamnese en een pijndagboek. Informatie daarover vindt u in Nursing94, oktober.

Het is eenvoudiger pijn te voorkomen dan eenmaal aanwezige pijn te bestrijden. Dat is zo, en ook patiënten weten dat vaak niet. Een patiënt met hevige pijn zal meer analgetica nodig hebben om eenmaal aanwezige pijn tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen, dan om die pijn te voorkomen.

Opioïde analgetica vormen de basis voor postoperatieve pijnbestrijding. Inderdaad. In de meeste gevallen zijn opioïden effectief bij het bestrijden van postoperatieve pijn. Bij postoperatieve pijnbestrijding kunt u het best op vaste tijden paracetamol of een NSAID (zoals ibuprofen of naproxen) als basismedicatie geven, in combinatie met opiaten die u op geleide van de pijn óf op vaste tijden toedient.

Bij acute pijn is de kans op verslaving aan opiaten erg klein. Dat kan niet genoeg benadrukt worden. Bij gebruik van opiaten voor bestrijding van acute pijn is de kans op verslaving minder dan één procent.

Een patiënt die een operatie onder plaatselijke anesthesie ondergaat, vraagt eerder om pijnmedicatie dan een patiënt die een volledige narcose krijgt.

Daar moet u inderdaad rekening mee houden. Verdoving van het operatiegebied met regionale blokkades (zoals de intracostaal blokkade en spinale anesthesie) kan langdurige pijnstilling geven. Juist bij algehele anesthesie (volledige narcose) kan de pijn meteen opkomen als de patiënt wakker wordt. Soms wordt een combinatie van algehele en plaatselijke anesthesie gegeven, waarbij de postoperatieve pijn pas na enige tijd kan optreden.

De respons op het gebruik van opioïde analgetica verschilt sterk per patiënt. Inderdaad. Het verschil per patiënt in de behoefte aan opioïde analgetica ontstaat door verschillen in farmacokinetiek (absorptie, biotransformatie en uitscheiding) en individuele verschillen in pijngevoeligheid (pijndrempel).

Niet Steroïde Anti-Inflammatoire Pijnstillers (NSAID's) versterken de werking van opiaten.

Het blijkt dat het gebruik van paracetamol en NSAID's (zoals ibuprofen en naproxen) in combinatie met opiaten vaak een effectievere pijnstilling geeft. Paracetamol en NSAID's grijpen vooral in op het perifere zenuwstelsel, terwijl opiaten voornamelijk op centraal niveau werkzaam zijn.

Voortaan vindt u in Nursing regelmatig de column Thuisfront, waarin 'de partner' de ups en downs van zijn leven met een verpleegkundige beschrijft.

Tornado

Na werktijd raast mijn Ellen gewoon door.

„Ga je mee boodschappen doen?” zegt ze dan als ze thuiskomt met acht uur rennen en vliegen in het ziekenhuis in de benen. Hijgend duwt ze de voordeur dicht, de hond springt uit-zinnig van vreugde tegen haar op.

„Trek eerst je jas nou uit en ga even rustig zitten”, probeer ik. „Je lust zeker wel koffie.”

„Nee,” zegt ze vastberaden. „Als ik nu ga zitten kom ik helemaal nooit meer overeind. Nu zit er nog vaart in. Ga je mee?”

Nou, en daar gaan we dan. Als een tornado raast Ellen door de supermarkt. „Is de hond al uitgelaten?” vraagt ze terwijl we zwaarbeladen met boodschappen naar huis lopen. „Ja”, zeg ik. „Vanochtend.”

„En heeft-ie gepoept?”

„Nee”, zeg ik bedremmeld.

„O, dan ga ik nog wel even met hem uit.”

Thuis aangekomen word ik de keuken uitgestuurd, want Ellen pakt liever zelf de boodschappen uit. Met haar jas nog aan. Dan roept ze de hond en even later hoor ik de voordeur dichtslaan. Op dat moment is het tijd voor mijn bijdrage aan het welzijn van mijn hardwerkende vrouw. Met alle liefde en genegenheid die ik in me heb, druk ik op de aan-knop van het koffiezetapparaat. Kort daarna keren Ellen en de hond weerom. „Tjongejonge, wat kan Bokke hard rennen”, hijgt Ellen. „Ha lekker, koffie. Maar ik ga eerst naar de wc, ik ben sinds vanochtend niet meer geweest.”

Als ik in de keuken de koffie heb ingeschonken, is Ellen alweer in de woonkamer. Horizontaal op de bank, knock-out. De afstandbediening bungelt in haar hand, op tv begint de soap die ze nu gaat missen. Ellen is ingestort, haar ziekenhuisritme keert vandaag niet meer terug. Bokke aast op het koekje dat ze bij haar koffie zou krijgen. „Profiteur”, mompel ik tegen de hond. Maar eigenlijk bedoel ik het ziekenhuis. ■

Partner

Als de arts heeft voorgeschreven dat de patiënt om de vier uur pijnmedicatie mag krijgen, moet een patiënt wachten tot het tijd is voor de volgende dosis, ook al vraagt hij tussentijds om pijnstillers.

Dat is een veel te rigide standpunt. Een patiënt die tussen twee geplande toedieningen vraagt om pijnstilling, heeft kennelijk pijn. De verpleegkundige gaat dan na wat de mogelijke oorzaak van de pijn is. Dit kan bijvoorbeeld een complicatie of een infectie zijn. Daarna neemt zij maatregelen om een betere pijnstilling te bereiken. Mogelijke maatregelen zijn onder andere de patiënt helpen een comfortabeler houding aan te nemen en de patiënt helpen te ontspannen, maar ook overleg met de arts over de pijnmedicatie.

Een NSAID als ibuprofen is effectief bij milde tot ernstige pijn.

Dat is zo. NSAID's worden voorgeschreven bij minimale tot milde pijn. NSAID's behoren tot de groep pijnstillers uit de eerste trap van de analgetische ladder. Bij gebruik van NSAID's moet de verpleegkundige letten op eventuele systemische bijwerkingen, zoals maagklachten.

Bij pijnbestrijding is pethidine een betere keuze dan andere narcotische analgetica.

Een veel voorkomend misverstand.

Herhaalde toediening van pethidine kan de ophoping van een toxische metabooliet, norpethidine, in de lever tot gevolg hebben. Dit kan leiden tot het optreden van opwinding, hallucinaties en convulsies.

Pijnstillers moeten worden gedoseerd op basis van lichaamsgewicht en lengte; niet op basis van de pijnbeleving van de patiënt.

Dat is een achterhaald standpunt.

Beschouw de informatie die de patiënt over zijn pijn verschaft altijd als de best gids bij het voorschrijven en doseren van analgetica. Pijnbestrijding dient in principe te gebeuren op geleide van de pijn die de patiënt zelf aangeeft.

U moet de toediening van intraveneuze morfine bij kankerpijn staken als de patiënt er euforisch op reageert. Euforie is een bekende bijwerking bij het intraveneus toedienen van morfine, maar in veel gevallen verdwijnt dit verschijnsel na enkele dagen.

Als een kankerpatiënt met pijn tijdens de intraveneuze toediening van morfine misselijk wordt of braakt, moet u de voorgeschreven morfine toch toedienen, aangevuld met een anti-emeticum (middel tegen misselijkheid).

Dat is te eenvoudig gesteld. Als de pijnbestrijding (in dit geval de intraveneuze toediening van morfine) effectief is, probeert u eerst bijwerkingen als misselijkheid en braken te bestrijden zonder de pijnbehandeling af te breken. Blijven onaanvaardbare bijwerkingen aanwezig, dan kan een andere toedieningsweg worden gekozen. Bij morfine kan spinale (epidurale of intrathecale) toediening een alternatief zijn.

Als een kankerpatiënt opiaten gebruikt tegen de pijn, kan het bestrijden van de obstipatie als gevolg van het gebruik van opiaten moeilijker zijn, dan het bestrijden van de pijn.

Voorkómen is hier het sleutelwoord.

Obstipatie is een vaak optredende en ernstige bijwerking bij gebruik van opiaten. Daarom moeten altijd profylactisch laxantia worden gegeven.

Als een kankerpatiënt continu pijn heeft, moeten analgetica regelmatig en profylactisch worden gegeven.

Zeker. Een regelmatige toediening van analgetica, waarbij rekening wordt gehouden met de effectieve werkingsduur van het middel, helpt een goede en constante pijnstilling te bereiken. ■

Dorothy Y. Brockopp
Bewerkt door Paul Vogelaar, verpleegkundig specialist,
Pijncentrum Academisch Ziekenhuis Nijmegen St Radboud

Met dank aan prof. dr. B.J.P. Crul, anesthesioloog en
Marion Giesberts, verpleegkundige, beiden eveneens
verbonden aan het Pijncentrum Academisch Ziekenhuis
Nijmegen St Radboud